

# 日本における医療費増加の要因分析

呉 世 榮

## 〔抄 録〕

本研究では、日本における医療費増加の要因を分析することを目的としている。

医療費増加の問題は、医療政策領域を超えて国家財政を圧迫する要因として、深刻な問題となっている。何よりも医療費の増加は国民負担を意味するため、医療費を適正な水準で抑制しなければならないが、その医療費適正化政策を考える場合、最も重要となるのが、医療費増加の要因分析である。本稿では、医療費の国際動向を比較した上で、日本の医療費動向を検討し、医療費の増加の一般的要因を理論的に検討した後、日本における医療費増加の要因を分析する。

キーワード：人口の高齢化、社会的入院、出来高払い制度、モラルハザード

## はじめに

一般的に、保健医療における核心的な問題として指摘されてきたのは、供給能力を上回る医療需要、医療費の増加、医療プログラム管理の非効率性、医療人力の不平等な分布、医療接近における不平等などの問題であるが<sup>(1)</sup>、そのなかで、医療費の増加の問題は、世界各国が直面している難題といっても過言ではない。日本をはじめOECDに加入している国の場合、GDPで医療費が占める比重が平均7～8％程度であり、このうち、一部国家はGDPの10％以上を医療費で支出すると報告されている。こうした国民医療費の問題は、医療政策領域の問題というよりは国家財政そのものの問題として取り扱われるほど深刻な財政圧迫の要因となっている。先進福祉国家で行われている医療改革の焦点が効率に当てられていることは、この理由からである。もちろん、財政状況だけを念頭においた医療費抑制論は、説得力に欠けると言わざるを得ないが、医療費の増加の主な原因が、医療制度の欠陥や矛盾、もしくは非効率な制度運営から発生するという点に留意すべきである。また、何よりも医療費の増加は国民負担を意味するため、医療費を適正な水準で抑制しなければならない。こうした医療費についての適正化政策を考える場合、最も重要となるのが、医療費の増加要因分析なのである。本稿では、まず医療

費の国際動向を比較した上で、日本の医療費動向を調べる。そして医療費の増加の一般的要因を理論的に検討した後、日本における医療費増加の要因を分析する。

## I. 医療費の動向

### 1. 医療費水準の国際比較

世界各国で保健医療は、国家経済の重要な部分として見なされている。これは多くの国家の経済資源が保健医療部門に投入されているからである。医療費の水準の国際比較を行う際、もっとも一般に用いられるのは国民医療費の当該国のGNP（またはGDP）に対する比率である。OECDが行う調査研究では通常GDPに対する比率である。＜表1＞はOECD29ヶ国一人当たりのGDPとGDPに占める総医療費の割合を示したものである<sup>(2)</sup>。

1995年から97年のGDPに占める総医療費の割合を調べると、それ程大きな変化は見られない。アメリカは、GDPに比して最も多くの総医療費を費やしており、しかもその多大な支出が恒常的に続いているという点で際立っている。アメリカに次いで高いのはドイツで、東西統一を受けて総医療費のGDP比およびその伸び率がともに高くなっている。

これに対して、日本の医療費はイギリスと並んでOECD29ヶ国の中では低い部類に入っている。こうした比較は、医療費の水準を決める大きな要因のひとつである、「高齢化の度合い」の各国間の違いを無視している点に注意が必要であるが、現在の各国間の高齢化の度合いの違い及び今後の高齢化の進展を考慮に入れた上で、医療費水準の国際比較を行っても、日本の医療費は国際比較上相対的に低い水準であることが多くの研究結果によって確認される<sup>(3)</sup>。

＜表1＞OECD諸国の一人当たりGDPと65歳以上人口比

国	一人当たりGDP		対GDP比総医療費						65歳以上人口比	
	1997年 順位	(米\$)	1995年 順位	(%)	1996年 順位	(%)	1997年 順位	(%)	1997年 順位	(%)
ルクセンブルク	1	37,346	25	6.7	23	6.8	22	7.0	17	14.1
スイス	2	35,897	4	9.6	3	10.1	3	10.0	14	14.4
ノルウェー	3	34,815	13	8.0	14	7.8	17	7.5	8	15.6
日本	4	33,212	21	7.2	21	7.1	20	7.2	11	15.1
デンマーク	5	32,179	12	8.1	12	8.1	11	8.0	12	14.9
アメリカ	6	29,326	1	14.1	1	14.1	1	13.9	20	12.5
アイスランド	7	27,292	11	8.2	11	8.2	12	7.9	24	11.3
スウェーデン	8	25,746	7	8.5	7	8.6	6	8.6	1	17
オーストリア	9	25,549	8	8.0	7	8.6	9	8.4	13	14.6
ドイツ	10	25,470	2	10.4	2	10.8	2	10.7	9	15.4
ベルギー	11	23,820	14	7.9	14	7.8	14	7.6	4	16.1
フランス	12	23,789	3	9.8	4	9.8	4	9.6	6	15.7
フィランド	13	23,314	16	7.7	14	7.8	18	7.4	15	14.3
オランダ	14	23,280	6	8.8	6	8.7	8	8.5	18	13.3

イギリス	15	21,740	24	6.9	22	6.9	23	6.8	5	15.8
オーストリア	16	21,202	8	8.4	7	8.6	9	8.4	22	11.8
アイルランド	17	21,104	22	7.0	25	6.4	25	6.3	25	11.3
カナダ	18	20,064	5	9.4	5	9.3	5	9.2	21	12.3
イタリア	19	19,913	16	7.7	14	7.8	14	7.6	3	16.7
ジュージラント	20	17,272	19	7.3	19	7.3	14	7.6	23	11.4
スペイン	21	13,530	19	7.3	18	7.4	18	7.4	7	15.7
ギリシャ	22	11,438	8	8.4	10	8.4	6	8.6	2	16.8
ポルトガル	23	10,184	15	7.8	13	7.9	12	7.9	10	15.2
韓国	24	9,622	26	5.4	26	5.9	26	6.0	27	6
チェコ	25	5,050	18	7.5	20	7.2	20	7.2	19	12.6
ハンガリー	26	4,461	22	7.0	24	6.6	24	6.5	16	14.2
メキシコ	27	4,298	27	4.9	28	4.6	28	4.7	29	4.4
ポーランド	28	3,509	28	4.5	27	4.9	27	5.2	26	11.3
トルコ	29	2,979	29	3.3	29	3.8	29	4.0	28	5.5

注) 日本は一人当たりGDP、65歳以上人口比が高いにもかかわらず、対GDP比医療費は極めて低い水準にある (29カ国中20位)

資料) OECD HEALTH DATA 1999.

出所) 日本医師会「2015年医療のグランドデザイン」2000、p.31。

日本の医療費の水準が、先進諸国のなかで比較的に低い水準にある理由については、定量的な分析が求められる部分であるが、考えられるいくつかの要因として次のことが指摘されている<sup>(4)</sup>。これは逆に、アメリカにおける医療費が最も高い水準にある理由との関係から説明できるが、まず、医療費の定義である。つまり、アメリカの「医療費」計算には含まれている一定の項目が日本のそれには含まれていない、ということである。特に、公立病院の建設等コスト (日本では地方公営企業年鑑に別掲)、医学研究費、福祉との境界領域 (例えば、ナースিংホームはアメリカの医療費に含まれているが、特別養護老人ホームは日本の医療費に含まれていない)、保険外負担 (室料差額、付添看護、高度先進医療の本人負担部分等) のような項目が重要である。

第二に、「医療施設の機能特性」であるが、これについては、日本における病院の平均在院日数の長さはしばしば指摘されるが、日本と欧米諸国とでは病院のルーツと性格が根本的に異なっており、公共的な、貧困者のための福祉施設 (慈善施設) として出発した欧米の病院 (ホスピタル) の場合、在院日数はその役割がやがて医療機能に特化してくる中で短縮していったものであり、かつてはその在院日数は相当長いものであったという点に注意する必要がある。それとは全く逆に、日本の病院はその多くは私的な診療所の延長としての純粋な医療担当施設として出発したが、種々の要因から次第に福祉施設的な機能をも担うようになり、むしろ在院日数は長期化していったわけである。

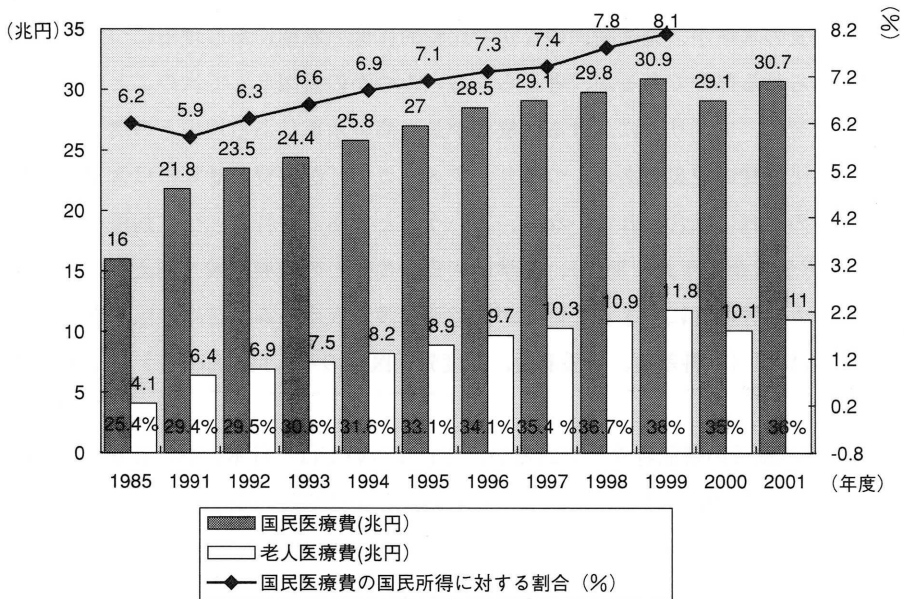
第三に、医療施設の利用に係る特徴として、日本の場合、「費用もそれほどかからないから気軽に病院に行くが、入院はめったにせず、しかしいったん入院すると長期にわたる」のに対し、アメリカの場合は、「医療費が高いからよほどでないと病院には行かないが、手術のために入院

することは多い。しかし入院は集中的かつスピーディーに切り上げる」傾向にあるわけであり、こうした受診行動の相違が両国の医療費の構造を大きく異なるものになっている、ということである。

## 2. 日本の医療費動向

日本の医療費の規模をみると、その値は年々増加しており、2001年度には約30.7兆円（前年度比3.7%）に達している。国民一人当たりでは24.4万円（前年度比3.6%）である。このうち老人医療費は約11兆円であり、医療費全体の3分の1を占め（65歳以上50%、70歳以上39%）、年々その割合が上昇している。一人当たり医療費の特徴を見ると、70歳以上が85万円、70歳未満が16万7,500円として、高齢者医療費が高いということがわかる。また、国民医療費の国民所得比を見ると1980年代に入ってから6%前半で安定的に推移してきたが<sup>(5)</sup>、1990年代に入ってからやや上昇傾向を見せ、1999年度には8.1%に達している（図1参照）。

＜図1＞老人医療費と国民医療費の推移



＜表2＞対前年度伸び率

	1985	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
国民医療費	6.1	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6	3.7
老人医療費	12.7	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6	8.4
国民所得	6.8	5.9	▲0.1	▲0.0	0.9	1.1	2.6	0.8	▲2.5	0.2

注) 1. グラフの下のは老人医療費の国民医療費に対する割合である。

2. 2000年度は介護保険への移行による医療費の減（約2兆円）を見込んでいる。

資料) 厚生労働省『厚生労働白書』（13年度版）により作成。

このように、国民医療費の伸びは、国民所得の伸びを上回る伸びを示しており、特に高齢者医療費の伸びが著しいものとなっている。このまま、国民医療費が国民所得の伸びを上回る勢いで伸びを続ければ、国民医療費の対国民所得比現在の8%台から2025年度には12%を超え、現在の1.7倍もの規模になると予測されている<sup>(6)</sup>。

## Ⅱ．医療費増加の一般的要因分析<sup>(7)</sup>

理論的に見ると、医療費の増加はエストーフ（Estaug）の連鎖的循環過程で説明することができる<sup>(8)</sup>。医療保障の拡大は、必然的に医療需要を増大させ、需要の増加は価格上昇を煽る。市場価格の上昇により供給者の利潤獲得の可能性が大きくなり、供給者は投資を増加させる。とりわけ利潤幅が相対的に大きい、新しくて高い技術や装置、あるいはサービスに投資が拡大されることによって、サービスの生産費用は上昇する。

このような需要要因と供給要因の複合的な作用によって、医療サービス利用による費用が上昇すると、疾病による期待損失が大きくなるため、医療保険に対する需要はあらためて増加する。保険の拡大は、需要増加→価格上昇→利潤増加→投資増加→生産費用の上昇につながり、また他の費用増加の連鎖的循環過程を辿る。

このように国民医療費の増加現象は、各々医療部門の価格が上昇した結果、あるいは医療の利用量が大きく増加した結果であり、あるいは二つの要因いずれが働いて現れた結果でもある。ところが、医療の価格上昇や利用量の増加を通じて国民医療費が増加するには、もっとも根本的な要因が存在している。こうした根本的な医療費増加の要因として様々な要因が挙げられるが、そのうち代表的な要因を取り上げて述べることにする。

### 1. 人口の増加及び高齢化

まず、医療部門の外的な要因として医療費の増加を加速化させる要因として、絶対人口の増加及び人口の高齢化が挙げられる。一つの国の国民医療費は、人口数及び年齢構造によってある程度影響を受けるが、人口数が増えるほど、そして高齢人口が増えるほど、医療費支出は増加すると予測できる。国民所得水準が向上され、生活環境が改善されることによって、平均寿命が高くなり、老人人口が増えるが、老人人口の増加は慢性病及び各種老人性疾患の増加と係って医療費の増加に影響を与える。

1980年代初頭のOECD資料によると、65歳以上の老人人口の医療費が65歳未満よりおよそ4倍程度かかることがわかる。こうした点を勘案するとき、＜表3＞で示すように、年齢構造が国民医療費に与える影響を予想することができる<sup>(9)</sup>。過去30年の間に年齢が国民医療費に絶対的な影響を及ぼした決定的要因ではなかったが、21世紀の間には大部分の国において、年齢の重要性が漸次増大すると予想される。

＜表 3＞国民医療費に対する年齢構造の変化効果

	1980～1990	1990～2000	2000～2020	2020～2040
日本	0.69	1.03	0.77	0.18
ドイツ	—	0.38	0.6	0.51
フランス	—	0.38	0.47	0.48
イタリア	—	0.69	0.51	0.68
イギリス	0.16	-0.02	0.25	0.3
カナダ	0.33	0.51	0.7	0.45
オーストラリア	0.22	0.27	0.57	0.38
オーストリア	-0.08	—	—	—
ベルギー	0.03	0.62	0.29	0.6
デンマーク	0.35	-0.06	0.48	—
フィンランド	-0.11	0.78	0.46	0.21
ギリシャ	—	0.83	0.41	0.46
アイスランド	—	0.25	0.38	—
アイルランド	—	0.08	0.37	0.5
オランダ	—	0.22	0.7	0.59
ニュージーランド	-0.16	-0.28	0.62	0.23
ノルウェー	0.34	—	—	—
ポルトガル	0.29	0.15	0.65	0.3
スペイン	0.53	0.56	0.23	0.88
スウェーデン	0.34	-0.38	0.34	—
スイス	0.17	0.22	0.37	0.28
トルコ	-0.22	—	—	—

（注）：各期間の間65歳未満対比65歳以上の比率の変化が国民医療費に及ぼす影響である。

この表は65歳以上集団の平均医療費が、その以下集団の4倍という仮定をしている。

（資料）OECD, *New Directions in Health Care Policy*, Health Policy Studies No.7, 1996, p.9.

（出所）ヤンボンミン（2002）、前掲書、p.356。

＜表 3＞からわかるように、OECD大部分の国においては、2000～2020年の間、老人人口により医療費が毎年0.4～0.7%増加すると予測される。特に、日本では高齢化の影響が早く現れ、1980～2020年の間に強力な影響を及ぼすが、その後には相対的に弱まっている。2020年以降に高齢化の影響は、フィンランドやニュージーランド、そしてポルトガルにおいては、漸次弱まる反面、ベルギーやスペインではもっとも強まると予想される。その他、日本を除いた主要先進国では高齢化の影響が2000～2020年と、2020～2040年の間には平均している<sup>(10)</sup>。

## 2. 医療生産費用の上昇と費用増加的医療装備の設置

医療サービスを生産する費用の上昇は、医療費を増加させる要因となる。医療サービスを生産するためには、医療人力と施設及び装備が必要である。この際、医療サービス生産に投入される要素の価格が上昇すると、医療の価格も上昇し、ひいて医療費を増加させる。

医療産業は、非常に労働集約的であり、医療人力の生産性は他産業に比べて低い水準である。ところが、医療部門に従事している人力に対する賃金は、生産性を一層上回る水準で増加して

きた。こうして生産性の増加を上回る賃金引上げは、医療サービス供給者の生産費用を増加させることになる。したがって、利潤の極大化を追求する医療サービスの供給者は、引き上げられた賃金だけの分を医療の供給価格に反映させるために、医療費は増加するということである。

一方、医療産業は、疾病という特殊な状態を治療するためのサービスを供給する産業である。疾病の複雑性により、これを治療するための技術もやはり複雑であり、多様であり、高度に発達する。費用節約的な性格を持たない医学技術の発展は、高度に発達された医療技術や高級医療装備などを供給することによって、医療の生産費用を増加させ、結局医療価格の引き上げをもたらす。

医療サービスの供給者、特に病院のような機関は、一定水準以上の患者を確保するために、高級医療装備を設置しがちである。実際的な活用度は低いが、莫大な費用がかかる高級医療装備を設置しようとする。これは医療費を増加させる重要な要因となっている。費用効果的な方法によって設置し活用できる可能性を検討せずに、外部性によって無分別に高級医療装備を設置する行為は、医療費を急激に増加させる要因として働く。

このように、医療人力の賃金引上げや投入される施設及び装備の高級化によって、医療サービスの生産費用が上昇した場合、費用引き上げインフレーションによって、医療の価格が上昇することによって国民医療費を増加させることになる。

### 3. 情報の非対称性と医療サービス供給要因増加

医療サービスの最も大きな特徴は情報の非対称性である。この情報の非対称性を利用した医療サービス供給者の行為が深刻な医療費上昇の要因となりうる。すなわち、医療サービスを適正水準で供給することによって、最小限の費用で望ましい健康状態を生産することができる費用-効果的方法があるにもかかわらず、ひたすら医療需要者が無知であるという理由で医療サービスを過剰供給する場合に医療費が増加するのである。

情報の非対称性が存在して医療サービスの過剰供給現象が起こるとき、その過程で需要創出(demand creation)が現れる。すなわち、情報の非対称性からもたらされた供給者の需要創出が医療サービスの過剰供給を通じて医療費の増加をもたらす。

一方、医療部門に投入される人力や装備などの供給が増えるとき、医療サービスに対する需要が増加する。病院、ベッド、そして医師のような供給要因の数が増加すると、これによって医療サービスの利用量が一層増加し、ひいて全般的な医療費の増加までもたらす。「ベッドがあればベッドは埋まる」というロウマーの法則(Roemer's Law)は、医療供給増加による利用量の増加を表れる端的な表現である。つまり、医療においても「供給が需要を創出する」というセイの法則(Say's Law)が成立するということである。

整理すると、需要創出は前述した情報の非対称性などにより十分発生可能であるが、こうして医療人力や医療施設などの供給要因が増加するとき、供給者が新たな需要をつくりだすと、

医療サービスに対する支出が増加する、ということである。

#### 4. 診療費支払い方式

提供された医療に対する医療費を供給者に補償する診療費支払い方式によって、全体的な医療費に及ぼす影響は大きく異なる。診療費支払い方式は、診療費補償額が決まる時点によって、大きく先払い制と後払い制に分けられる。医療サービス供給者が医療を供給する前に、提供する医療サービスに対する補償額が予め決められる先払い制には、総括契約制（negotiation system）、包括払い制（case payment）、俸給制（salary）及び人頭払い制（capitation）がある。こうした方式では、医療サービスの供給者は費用節約的な方法で医療サービスを供給し、不必要な医療を供給しないため、医療費節減または抑制の効果がある。

一方、医療サービス供給者が提供した医療サービスの量によって、補償額が事後に決定される後払い制の代表的な方式は、出来高払い制度（fee-for-service）である。出来高払い制では、医療サービス供給者は提供されたサービスの単位当たり価格とサービスの量をかけた額の医療費が補償される。サービスの単位当たり価格が、規定によって定められている場合でも、提供されるサービスの量が多くなるほど医療サービス供給者には補償される診療費の総額が増加するため、供給者にサービスの量を増やそうとするインセンティブを提供できる。

つまり、出来高払い制度は、医師は積極的なサービス提供の欲求を持ち、新しい医療技術の導入と研究開発を促進するという長所があるが、この報酬支払い制度のもとでは医師の収入が、提供される医療サービスの量によって決まるため、過剰診療（over-doctoring）の問題が発生する。医師の所得を増やすために、健康診断やレントゲン、度を越した薬処方や注射などが起きているのである。したがって、さらに、この制度は医療機関の過剰投資をもたらす。こうした変化は医療サービスの質を高め、患者の便宜性を高めたという点から肯定的な面があるが、莫大な開院費用の回収のため、過剰診療をもたらす問題点を持っている。こうした制度のもとでは供給が需要を創出するという「セイの法則」が成立するのである<sup>(11)</sup>。

日本の診療費支払い方式は出来高払い制度を採用しているが、現実的に医療サービス市場において、消費者の無知による情報の非対称性が存在し、医療供給者が利潤あるいは所得を極大化しようとするインセンティブが存在する状況のなかで、出来高払い制度のような診療費支払い方式は、医療費の増加をさらに加速化させると予想される。

#### 5. モラル・ハザード

モラル・ハザード（moral hazard）とは、社会保険の契約が加入者の動機と行動に影響を及ぼす現象をいう。すなわち、人々がある危険に備えた保険に加入すると、またその危険が発生してもそれによる心理的損害が少なかったとしたら、保険加入以前よりもそうした危険発生を予防する行為を少なくする動機が与えられる現象をいうが、結果的に危険発生率が高まる<sup>(12)</sup>。



医療保険の場合、被保険者が不必要な診療サービスを受けようとしたり、治療効果とは関係なく、高額な診療を選び好みしたり、健康維持努力よりは診療に頼る傾向があり、医師の場合は、恣意的に必要な以上の検査、手術、投薬などの医療サービスを提供するインセンティブが存在するというものである。

このようなモラル・ハザードがもたらす医療サービスの過剰需要及び過剰供給の問題は、医療サービスに対する需要の価格弾力性に依存する。特に風邪など軽微な疾病の場合は、医療サービスに対する需要の価格弾力性が高く、気軽に診療を受けることが医療保険負担の圧迫につながるという問題がある。そして、それが医療現場における混雑現象を引き起こし、真に治療を必要とする患者への医療サービスの提供を阻害しているという問題がしばしば指摘される<sup>(13)</sup>。しかし、モラル・ハザードは需要の側面からも発生するが、特に出来高払い制度のもとでは供給者によるモラル・ハザードがもっとも深刻である。モラルハザードのもとでの医療保険制度の欠陥、具体的にいうと、保険給付に含まれないサービスを中心に医療の高級化が蔓延する歪められた医療供給があげられる。民間医療機関によって営利目的で導入された高価装備は、疎外階層には医療接近性を低下させ、もう一方では医療費増加による国民負担を加重させる。また、医療の商業化も国民医療費上昇の要因となっている。

一方、モラル・ハザードは、医療保険で診療費自己負担を正当化する論理として使われている。診療費自己負担がなかった場合に、被保険者が医療保険受給権を濫用するという論理であるが、自己負担制は長期的にみると、患者の医療利用を減少させる傾向があり、とりわけ社会的脆弱層 (social disadvantaged)、貧民および高齢層において、その効果が大きいのは確かであるが、彼らが不必要な医療サービスの使用を実際的に減少させたという実証結果が得られているわけではない。

### Ⅲ. 日本における医療費増加要因に関する先行研究

まず、厚生労働省は医療費の増加要因をどう分析しているのか、ということからみることにする。当時厚生省保険局調査課長である太鼓地武氏は平成元年度以降の国民医療費の増加率を分析しているが<sup>(14)</sup>、これによると、人口増と人口の高齢化という人口的要因で約2%、その他の要因 (自然増という) が2~3%台であり、その上に医療費改定分が加わる形になっている。その他の要因、すなわち自然増は、医学・医療の高度化、医療供給体制の整備等の一切の総称となっている。

また、広井良典氏は、医療費の増加要因の基本的な見取り図として、第一に病床増加や医療の高度化等の「供給サイドの要因」、第二に高齢化や人口増加等「需要サイドの要因」、そして最後に、提供される医療サービスの「価格 (上昇) という要因」に分けて分析している<sup>(15)</sup>。

彼は、このような分析を踏まえた上で、日本における医療費増加の要因を二つの分析枠組み

から分析を行っている。まず、より一般的なものとして、「人口増」、「人口構造の高齢化」、「医療費（診療報酬）改定」、「その他」の4つに分けて示している。この要因の中では「その他」の要因がもっとも大きな比重を占めてきたと指摘し、「その他」の要因の具体的な内容としては、医療の高度化による診療内容・パターンの変化や、過剰・濃厚診療（例えば投薬や検査における）等をあげている。もう一つの分析枠組みとして「医療費の三要素（受診率、一件当り日数、一日当り医療費）」に着目した分析を行っている。医療費の三要素の中の「一日当り医療費」は、医療費の伸びに圧倒的に貢献してきたということであるが、単純に診療報酬点数すなわち価格が改定されることによって、また、医療の高度化等により提供される医療サービスの量・密度が増加することによっても、増えるものであると、指摘している。

また、経済同友会の「社会保障制度改革の提言：その2」では、医療費の増加の要因として、①人口の増加、②人口の高齢化、③診療報酬改定及び薬価基準改正による影響（医療サービスの薬価の上昇）、④その他の4つの要因から分析している<sup>(16)</sup>。①人口増加及び②高齢化は共に「人口構造の変化」であり、①の伸び率が減少する一方で②が伸びているが、こうした人口構造変化による医療費の増加はある程度想定が可能であり、予測可能ということである。一方、③診療報酬改定等は、「医師等の給与上昇と医療機関が購入する材料・サービスの価格上昇分に相当する、いわば「単価の値上げ」である。これは、中央社会保険医療協議会において厚生省・大蔵省、保険者、医師会等の協議により、極めて政策的誘導的、かつ恣意的に決定されるものである。近年では、経済成長率等も考慮して1%程度に抑えられ、2000年度は+0.2で妥結した。したがって、これはコントロール可能な要因である」ということである。

これに対して、④その他は、診療内容の変化によるものであり、「狭義の自然増」と呼ばれているものとして、単価は同じでも、医療技術の進歩に伴い、医療現場で検査・治療・看護が積み上げられ、結果的に以前よりも一人当たりの診療単価が高くなっているということである。その部分については様々な要素を包含しており内容が明確でなく、予測やコントロールが及ばず、伸び率は年によっては3.8%にも達しているという指摘である。

一方、高齢者の医療費は、地域的に格差があり、一人当たりの医療費が最も高い北海道（1997年度104万円）は最も低い長野県（同59万円）の1.8倍となっている。特に格差の大きい入院医療費でみると、北海道と長野県の差は2.4倍となる<sup>(17)</sup>。国民健康保険中央会がこうした老人医療費の地域格差の原因について調査・分析した報告書（「市町村における医療費の背景要因に関する報告書（1997年3月）」によると、老人医療費と関係がある要因として、次のようなことが明らかにされている。第一、医療機関数、病床数及び医師数が多い都道府県は、一人当たりの老人医療費が高かった。第二、平均在院日数が長い都道府県は、一人当たりの老人医療費が高かった。第三、自宅での死亡割合が高い都道府県は、一人当たりの老人医療費が低かった。第四、65歳以上の単独世帯の割合が高い都道府県は、一人当たりの老人医療費が高かった。第五、高齢者の就業者率が高い都道府県は、一人当たりの老人医療費が低かった。

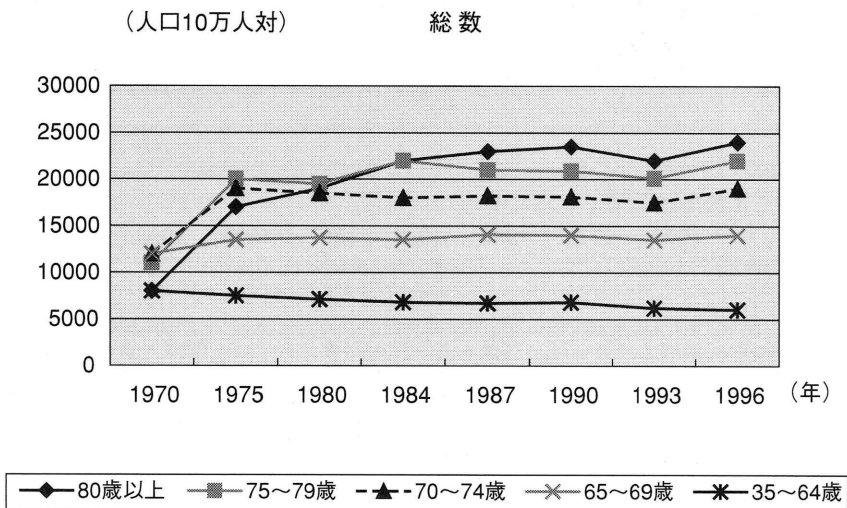
#### Ⅳ. 日本における医療費増加の要因

どこの国であれ、連鎖的上昇費用の潜在的な要因を持っている。そして、先に検討したように、日本における医療費増加の要因に関する先行研究では、一般的要因と共通するものが多いことがわかる。ここでは、こうした一般的要因を踏まえた上で、共通する要因の中で、人口の高齢化という要因と、日本における医療費増加の根本的な要因と考えられる社会的入院について検討する。

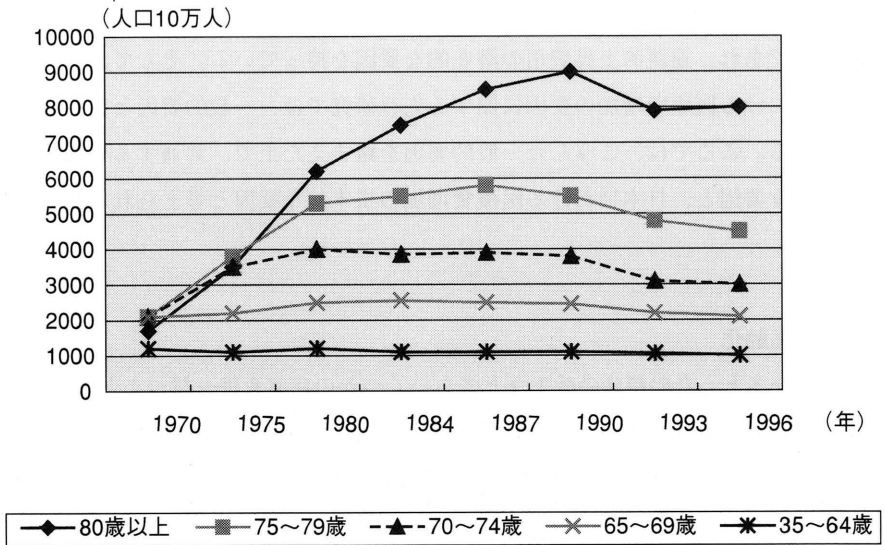
##### 1. 人口の高齢化

高齢期になると心身の機能の低下などからいくつかの病気を併せ持つことが多くなり、また、高血圧など高齢者の病気の多くは慢性的で完全に治すことが難しく療養期間も長くなりがちである（図2参照）。したがって高齢者の増加は医療費支出の増加につながる。日本の場合、一生の間にかかる医療費の60%以上は、60歳以上の時期に使われており、70歳以上の時期にかかる医療費だけをみても、生涯医療費の46%を占めているほど老齢化に伴う医療費支出増加が多い。高齢者のなかでも年齢が高くなればなるほど医療費支出が多くなるため、人口高齢化が進行すればするほど超高齢者が相対的に一層増加するために医療費増加が加重するのである<sup>(18)</sup>（図2参照）。

<図2> 受診率の年次推移

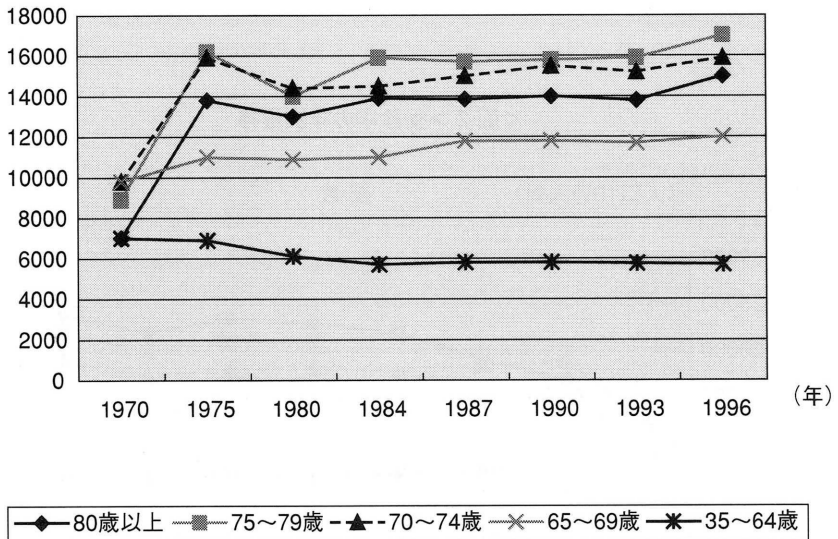


入院



(人口10万対)

外来



注) 1. 調査月は、1970~1980年までは各年7月、1984年からは10月である。

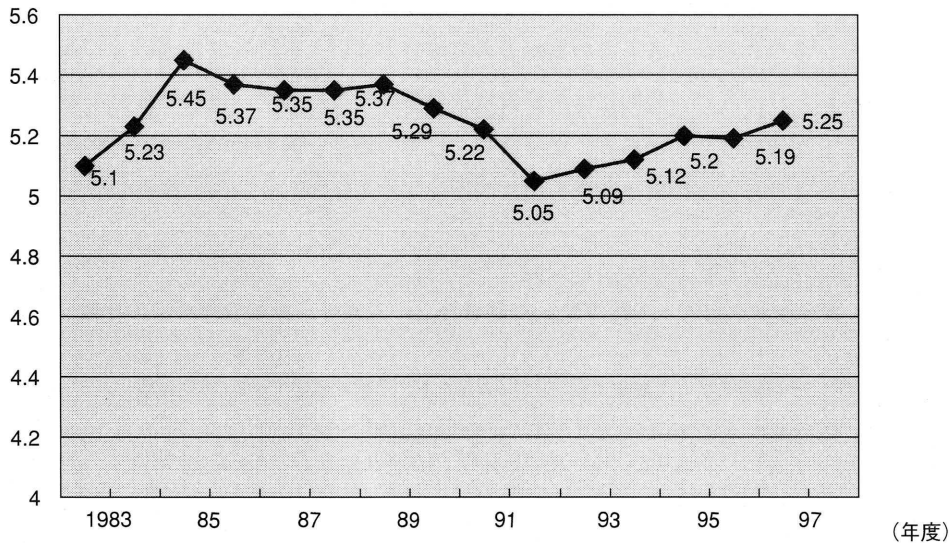
2. 1970~1980年までは、健康者(新生児を含む)の検査・検診・管理、予防接種、保健サービス等の患者は、推計患者数に含まれていない。

資料) 厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」。

出所) 厚生労働省『厚生白書12年度版』より作成。

すでに見たように、日本の老人（70歳以上または65歳以上70歳未満で障害認定を受けた者）医療費は、1999年度では11.8%兆円となり国民医療費全体（30.9兆円）の約38%を占めているが、高齢化の進行とともにこの割合は増えてきている。これは一人当たりの医療費（1997年度）でみると、老人は約79万円と若人（老人以外の者）の5.3倍になっている<図3参照>。

<図3>老人1人当り医療費の若人1人当り医療費に対する倍率



資料) 厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」、社会保険庁「社会保険事業年報」等。  
 出所) 厚生労働省『厚生白書12年度版』より作成。

特に、老人の医療費の特徴としては、入院診療費が大きいこと（一人当たり入院診療費は若人の7.4倍（1997年度））や長期入院が多いこと、外来の薬剤比率が高いこと（若人の1.2倍）があげられている（表4参照）。

<表4>老人と若人の1人当り診療費の比較

	1人当り診療費			うち入院			うち外来		
	若人	老人	倍率	若人	老人	倍率	若人	老人	倍率
1983年	65,100	429,800	6.6	29,100	240,500	8.3	26,900	179,000	6.7
1988年	102,100	540,900	6.3	36,300	306,000	8.4	50,500	219,900	4.4
1993年	132,600	652,900	4.9	45,500	337,800	7.4	69,200	294,600	4.3
1994年	138,600	683,000	4.9	47,700	353,400	7.4	72,900	307,800	4.2
1995年	142,800	712,900	5.0	49,600	367,500	7.4	75,000	322,500	4.3
1996年	148,500	736,500	5.0	51,300	378,800	7.4	77,900	332,900	4.3
1997年	146,200	737,300	5.0	51,000	377,100	7.4	76,300	334,800	4.4

資料) 厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」、社会保険庁「社会保険事業年報」等。  
 出所) 厚生労働省『厚生白書12年度版』より作成。

近年では、老人1人当り医療費の伸び率は若人の一人一人当り医療費の伸び率と大きな違いはなく、老人一人当たり医療費の若人一人一人当り医療費に対する比率は若干の低下傾向も見られるが、概ね5倍程度で推移している<sup>(19)</sup>（表5参照）。こうしたことから、近年の老人医療費の国民医療費に占める割合の増加の多くは、高齢者人口の増加が要因であると言えよう。

また、国際的に厳密な比較は困難であるが、65歳以上の1人当り保健費と0～64歳の1人当り保健費との比を欧米と比較すると、日本では4.8であるのに対し、英米で4、独仏では3程度となっており、多少の差はあるものの高齢者の医療費が高いことは共通している（表1参照）。ただし、日本における人口の高齢化は医療費増加の要因ではあるが、直接で重要な要因ではないということを認識する必要がある。なぜなら、日本の場合、医療費の急増が人口高齢化の当然な帰結というよりは日本の医療制度の根本的な欠陥やモラルハザードに起因する面が大きいからである<sup>(20)</sup>。

＜表5＞老人と若人の医療費、対象者数、一人当り医療費の伸び率の比較

	若 人			老 人		
	医療費	対象者数	一人当たり	医療費	対象者数	一人当たり
1984年度	2.0%	0.5%	1.5%	8.8%	4.4%	4.2%
1885年度	4.4%	0.6%	3.8%	12.7%	4.3%	8.1%
1986年度	6.7%	0.3%	6.4%	9.1%	4.0%	4.9%
1987年度	5.4%	0.2%	5.2%	8.9%	3.8%	4.9%
1988年度	4.1%	0.5%	3.5%	6.8%	3.2%	3.5%
1989年度	4.7%	0.5%	4.2%	7.7%	3.1%	4.5%
1990年度	4.3%	0.2%	4.1%	6.6%	3.9%	2.6%
1991年度	5.6%	0.0%	5.6%	8.1%	3.9%	4.1%
1992年度	7.6%	-0.1%	7.8%	8.2%	3.7%	4.4%
1993年度	2.5%	-0.1%	2.6%	7.4%	3.8%	3.5%
1994年度	4.3%	-0.2%	4.5%	9.5%	4.2%	5.1%
1995年度	2.7%	-0.3%	3.0%	9.3%	4.5%	4.6%
1996年度	3.8%	-0.2%	4.0%	9.1%	5.0%	3.9%
1997年度	-0.2%	-0.2%	0.0%	5.7%	4.6%	1.1%
1983→97年度	4.1%	0.1%	4.0%	8.4%	4.0%	4.2%

資料）厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」、社会保険庁「社会保険事業年報」等。

出所）厚生労働省『厚生白書12年度版』より作成。

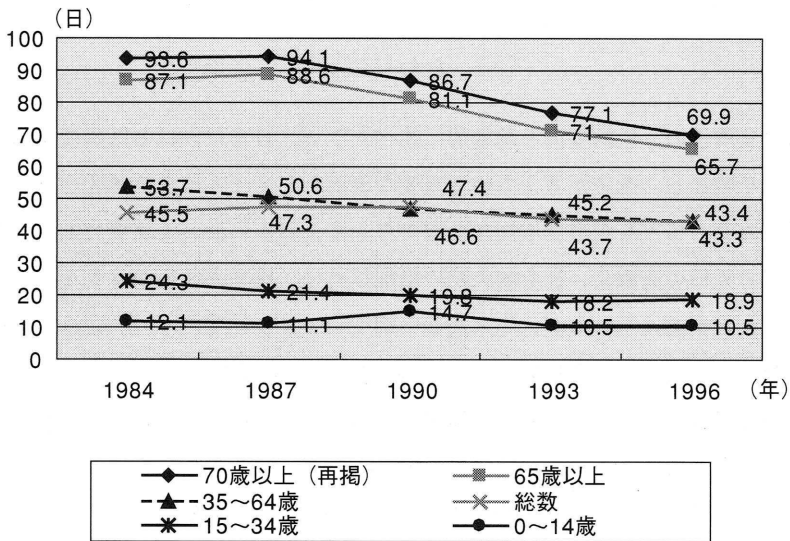
## 2. 社会的入院

日本の医療費増加の要因として重要な第二の問題は、高齢者の社会的入院であると考えられている。その社会的入院は、日本における高齢者医療の最大な問題として作用している。社会的入院とは、入院患者、特に老人の入院患者について医学的な入院治療の必要性はないものの、何らかの社会的な理由で退院できずに長期に入院していることをいう。具体的には、①共稼ぎ世帯や老夫婦世帯などで家庭に介護するものがない、②住宅事情により十分な介護ができない、③農繁期、受験生を抱える等で介護ができない、などが挙げられ、高齢者を取りまく在宅

福祉・施設福祉サービスが充足されていないことも影響している<sup>(21)</sup>。

厚生労働省は、1999年の『患者調査』の結果から、65歳以上の入院患者のうち、5人に1人の割合にあたる約27.5万人は、入院治療の必要のない患者であるとしている（3年前調査より5万人増（34%増））。75歳以上になると4人に1人、精神病院だと5人に1人が社会的入院であるとしている<sup>(22)</sup>。＜図4＞でみるように、いったん高齢者が入院してしまうと、平均的に2～3ヶ月も病院に在院してしまうことがわかる。

＜図4＞年齢階層別にみた退院患者平均在院日数の年次推移



資料）厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」。

出所）厚生労働省『厚生白書12年度版』より作成。

2000年4月に開始された介護保険制度の目的の一つが、このような社会的入院患者を病院から介護保険施設に移すことにより老人医療費を抑制することであった。老人保健（医療保険）から介護保険への移行によって、入院患者4割が退院可能であると見込まれていた。しかし、医療経済研究機構の調査によると、医療保険の長期療養型病院の入院患者の場合、福祉施設や在宅で対応できる人が42.4%、病状が不安定で常に医療が必要な人が6.1%であり、介護保険の長期療養型病院の入院患者の場合、福祉施設や在宅で対応できる人が35.7%、病状が不安定で常に医療が必要な人は医療保険を上回ると、報告している<sup>(23)</sup>。日本経済新聞の記事によると、長期療養型病院の入院患者は、医療保険適用患者のうち、6ヶ月以内退院が見込める人は34.3%であり、残り3分の2は入院期間が6ヶ月以上であると、報道されている<sup>(24)</sup>。

このような社会的入院が、高齢者医療費の増加の主因と考えられるのである。日本の老人保健制度は公費負担が高い制度であるため、こうした社会的入院が増えると、医療費支出や老人保健支出が増加して財政圧力を加える。これは結局国民医療費支出の増加要因となるのである。老人の社会的入院が、老人保健財政だけでなく、医療財政に影響を及ぼす理由は、老人保健制度の医

療部分支出の50%から70%は各種医療保険制度の保険者の拠出金で行われるからである<sup>(25)</sup>。

社会的入院は決して望ましいものではなく、受け皿（入院施設と在宅ケア）を拡充して解消すべきである。しかし、意外なことに、介護保険の療養型医療施設の1月当り介護報酬は約40万円で、老人の社会的入院患者の1月当り医療費32.5万円（1年以上入院。厚生省『1998年社会医療診療行為別調査報告』）よりはるかに高い（両方とも食費担当部分は除く）<sup>(26)</sup>。それが、治療が必要なくなっても、退院後に介護が受けられなくため、社会的入院が増加する主な要因となっているのである。

## おわりに

以上、医療費増加の一般的要因を理論的に述べた上で、日本における医療費増加の要因に関する先行研究を検討し、筆者が考えている重要な要因として、人口の高齢化と社会的入院を中心に分析してみた。様々な医療費増加の要因のなかで、日本において重要であると思われる主な要因として、人口の高齢化、社会的入院の増加以外に、出来高払い制度とそれのもとでのモラルハザードなどがあげられるが、出来高払い制度やモラルハザードの問題は実証的に証明することが困難であるため、一般的な要因として取り上げたのである。

以上の要因をまとめると、まず、人口構造の変化、特に人口高齢化によって社会保障財政のバランスが崩れるということのはかつて指摘されてきたが、日本のように急速な人口高齢化の出発点にたっている国家においても対策を急がなければならない問題となっている。

また、社会的入院の問題が医療費増加の主な要因として問題となっているが、こうした社会的入院の問題を解消するためには受け皿（入院施設と在宅ケア）の拡充が求められる。そして、出来高払い制度を採択している日本の場合、過剰診療による医療費の上昇、そしてモラル・ハザードによる医療費増加の問題が深刻である。こうした問題を解決するためには、医療供給者側の改革が必要である。

一方、モラル・ハザードの問題は、あるサービスの提供者が福祉対象者の行為に対する十分な情報を持って、彼らの行為をモニターし、統制することによって解決できると考えられる。こうした情報をそなえるためには、莫大な費用と大規模の組織が必要である。こうした観点からみて、民間保険よりは社会保険がもっとも効率的である<sup>(27)</sup>。

以上検討したように、日本における医療費増加の主な要因は、医療制度の欠陥や矛盾によって発生していることがわかる。今後、こうした国民医療費をどう適正な水準で抑制していくかということが重大な課題であるが、この国民医療費の抑制対策については次の研究課題とする。



〔注〕

- (1) 朴光駿 (2000a)、「保健医療と社会政策」朴光駿ほか『医療福祉サービスと医療政策』(韓国語) 世宗出版社、pp.61-69。
- (2) ここで留意すべきは、GDPは世界共通の尺度であるのに対し、医療費の定義は国によって異なるということである。具体的には、日本では、「国民医療費」という概念が広く用いられているが、その中には、自由診療費や国公立病院に対する補助金が含まれていない。それらを含めて、OECDは「総医療費」という広い概念の医療費を使用している。しかしながら、総医療費の概念が必ずしも各国で統一されている訳ではないので注意を要する(広井良典 (1998)『アメリカの医療政策と日本：科学・文化・経済のインターフェイス』勁草書房、pp.22-27；日本医師会 (2000)「2015年医療のグランドデザイン」、p.31；池上直己 (2002a)『医療問題』日本経済新聞社、p.71。
- (3) 広井良典 (1998)、上掲書、pp.2-3；日本医師会 (2000)、上掲書、p.32；鈴木厚 (1999)『日本の医療を問い直す』ちくま新書、pp.19-24。
- (4) 広井良典 (1998)、上掲書、pp.22-27。
- (5) 1980年代において医療費の国民所得比が安定的に推移したのは、医療費適正化政策がとられたことや比較的高い経済成長が維持されたことが大きな要因であるが、1990年代になると成長率の鈍化によって医療費の経済全体における比重が徐々に高まっている。
- (6) 『厚生労働白書』平成13年度版、p.163；日本経済新聞、2001年 6月30日、朝刊。
- (7) 医療費増加の一般的要因については、朴光駿 (2000a)、前掲書；小塩隆士 (2001)『社会保障の経済学 第2版』日本評論社；ヤンボンミン (2002)『保健経済学』(韓国語) ナナム、などに基づいて整理した。
- (8) ヤンボンミン (2002)、上掲書、pp.353-354から再引用。
- (9) 同上書、p.356。
- (10) OECD、1995；ヤンボンミン (2002)、上掲書、p.357から再引用。
- (11) 朴光駿 (2000a)、前掲書、p.58。
- (12) 金泰成・成災隆 (1993)『福祉国家論』(韓国語) ナナム、p.210。
- (13) 小塩隆士 (2001) 前掲書、p.202。
- (14) 太鼓地武「医療費動向の現状と課題」『週刊社会保障』No.1899、1996. 8. 5-12。
- (15) 広井良典 (1998)、前掲書、p. 7、<図 1-2>参照。
- (16) 経済同友会 (2000)、「社会保障制度改革の提言：その2」経済同友会ホームページ、p.13。
- (17) 厚生省老人保健福祉局『老人医療事業年報』；厚生労働省『厚生白書12年版』。
- (18) 『週刊社会保障』No.1900、1996、p.46；朴光駿 (2002)「老人福祉と高齢者の生活の質」朴光駿ほか『韓国と日本の日常生活』(韓国語) 釜山大学校出版部、p.260。
- (19) 厚生労働省『厚生白書12年度版』ぎょうせい、p.68。
- (20) 朴光駿 (2000b)、「人口高齢化と社会福祉の課題：東アジア的観点から」佛教大学・江南大学校『21世紀における高齢化社会への対応』第5回日韓社会福祉国際学術会議、p.46。
- (21) 日本病院管理学会情報・用語委員会編 (2001)、『医療・病院管理用語辞典』エルゼビア・サイエンス・ミックス社、p.130。

- (22) 日本経済新聞、2001年3月13日；朝日新聞、2001年3月13日。一方、入院精神障害者の場合、退院後の受け入れ先がないための精神病院入院患者が増えている。2002年現在、精神病院の入院状況を見ると、約33万人であり、そのうち措置入院が約3,000人、医療保護入院が10万5000人、任意入院が約22万1,000人である。精神病院では1年以上入院している精神障害者は、約5万人であり、うち5-10年未満が約1万人、10年以上が約2万人と、報告されている（日本経済新聞、2002年8月23日、夕刊）。
- (23) 日本経済新聞、2001年11月3日、朝刊。
- (24) 日本経済新聞、2002年1月16日、朝刊。
- (25) 朴光駿（1999）「日本老人保健制度の意義と社会政策的示唆点」韓国社会政策学会『韓国社会政策』（韓国語）第6集、p.83。
- (26) 二本立（2002）、『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、p.191。
- (27) Barr, N. (1987) *The Economics of the Welfare State*. London: Weidenfeld and Nicolson. p.192-195。

(お せよん 社会学研究科社会学・社会福祉学専攻博士後期課程)

(指導：中村 永司 教授)

2003年10月15日受理